

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

603

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-Germain-Marcel HOURADOU

Né le 29 mai 1909 à Toulouse (Hte-Garonne)

De l'emploi de l'Extrait
de
Lobe postérieur d'Hypophyse
dans les Curetages pour Avortements

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1937

508

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Paul-Germain-Marcel HOURADOU

Né le 29 mai 1909 à Toulouse (Hte-Garonne)

De l'emploi de l'Extrait
de
Lobe postérieur d'Hypophyse
dans les Curetages pour Avortements

Président : M. CUNÉO, Professeur.

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1937

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFNEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E).. Pathologie médicale.
 JUSTIN-BESANÇON, Hydrologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY..... Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie
 chirurgicale.
 DE GENNES.... Pathologie médicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE.... , Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX.... Pathologie chirurgicale
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING.... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIERS Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
ALAJOUANINE. Clinique médicale.
AUBERTIN..... Clinique médicale.
BRULE Clinique médicale.
CHABROL Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
FONZELOT Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
PASTEUR-VALLERY-RADOT Clinique médicale.
SEZARY Clinique médicale.

MM.
BASSET Clinique chirurgicale.
BROCQ Clinique chirurgicale.
CADENAT Clinique chirurgicale.
GATELLIER Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
QUENU..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ Clinique chirurgicale.
VELTER Clinique chirurgicale.

MM.
ECALLE..... Clinique obstétricale.
GUENIOT..... Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
METZGER..... Clinique obstétricale

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé..... Microbiologie.
RUPPE..... Stomatologie.
WEILL-HALLE ... Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES BEAUX PARENTS

A TOUS LES MIENS

Témoignage de profonde
affection.

A MON MAITRE
ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Hommages très respectueux.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR P. L. PELTIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Ex-aide d'Anatomie à la Faculté

Chirurgien en chef de l'Hôpital civil de Rochefort s. mer

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

Qui m'a guidé dans l'élaboration de ce travail.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre admiration et de notre dévouement.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL CIVIL DE ROCHEFORT
les Docteurs BONDUEL, CHRÉTIEN, VIALARD

INTRODUCTION

Peut être le sujet que nous exposerons ici semblera-t-il de minime importance. Si l'on songe cependant à la fréquence sans cesse aggravée des avortements, provoqués pour une très grande partie, à la nécessité parallèlement accrue des curetages, une méthode qui permet d'effectuer ceux-ci dans de meilleures conditions et de diminuer les risques afférents à cette opération banale, ne semblera pas devoir être dédaignée et l'on se rappellera pour en prendre connaissance, avec indulgence, ces lignes extraites de la préface du beau livre de Mondor sur les *Avortements mortels*.

« Si l'on veut bien penser au nombre des victimes, à leur jeune âge, à leur fréquent état de mère de famille, il ne peut échapper que la recherche, même tatonnante, des atténuations du mal, est pour bien des raisons un problème de nécessité ».

C'est pourquoi, profondément pénétré de la valeur de ces mots, nous avons été encouragé à consacrer notre thèse à l'exposé d'une méthode qui améliore incontestablement les conditions du curetage et peut-être ses suites.

* * *

Depuis décembre 1933, l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse est employé de façon courante à l'Hôpital civil de Rochefort-sur-Mer (service du Dr Peltier) dans les curetages pour avortements.

Comme le produit que nous avons toujours utilisé est la Rétropituine Carrion, nous emploierons le plus souvent pour plus de brièveté dans la suite de cet exposé, le mot « Rétropituine ».

L'idée de cet emploi de la Rétropituine procède directement de la méthode de Bölher, de Strasbourg. Cet auteur dans deux publications parues en mars et mai 1934 dans *Gynécologie et Obstétrique*, a fait connaître les résultats remarquables obtenus par l'emploi d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse (En l'espèce la post-hypophyse Choay N° 4) dans les césariennes et dans les hémorragies de la délivrance.

Dans les césariennes l'extrait d'hypophyse injecté dans la circulation veineuse dès l'extraction de la tête du fœtus, produit une rétraction extraordinaire de l'utérus, facilite la sortie du fœtus, arrête l'hémorragie et aide à l'extraction du placenta.

Dans les hémorragies de la délivrance, l'injection intra-veineuse d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse rétracte et durcit l'utérus inerte, ramenant instantanément sous la main de l'accoucheur le précieux « globe de sûreté ».

Nous avons pu constater à la Maternité de l'Hôpital civil de Rochefort, les excellents effets de l'utilisation d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse par voie intra-veineuse, utilisé d'ailleurs par le Dr Bonduel, depuis novembre 1933.

Il permet de substituer à la rachi-anesthésie qui n'est ni sans inconvénient, ni sans danger, l'anesthésie à l'éther ou au Schleich. Dans les hémorragies de la délivrance il apporte enfin à l'accoucheur une arme d'un effet sûr et rapide, qui délivre le praticien de la hantise de cette complication dramatique et lui permet d'éviter le tamponnement intra-utérin qui sauve de l'hémorragie mais risque de tuer par l'infection.

Ce sont ces deux effets : rétraction, durcissement utérin et arrêt de l'hémorragie que produit l'injection intra-veineuse d'extrait hypophysaire, qui ont paru intéressants à utiliser dans les curetages pour avortement.

* * *

La Rétropituine fut d'abord utilisée dans les curetages qui « saignaient beaucoup », soit au cours, soit à la fin de l'intervention et particulièrement dans ceux qui saignaient après extraction du placenta et avant de procéder à la révision à la curette. Puis, peu à peu lorsqu'on eut constaté que, l'injection intra-veineuse

de Rétropituine non seulement ne gênait en rien le curetage, mais au contraire le facilitait, par suite des effets que nous décrirons plus loin, on en vint à utiliser la Rétropituine avant le commencement de l'intervention, de façon à profiter entièrement des bons effets de celle-ci. On le fit d'abord timidement, puis de façon courante, après s'être rendu compte d'une manière constante qu'il n'y avait aucun inconvénient mais seulement des avantages.

La caractéristique de la méthode que nous allons étudier est donc l'injection intraveineuse de Rétropituine *avant* le commencement du curetage, *comme temps préalable de celui-ci*.

Il ne s'agit donc point de l'utilisation d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse au cours ou après le curetage comme moyen de secours en cas d'incident.

Cette méthode n'a pas de prétention à l'originalité et nous ne doutons pas qu'un certain nombre de chirurgiens n'aient eu cette idée et n'aient été séduits eux aussi par l'emploi de la Rétropituine ou de tout autre produit similaire. Cependant, il faut reconnaître que l'enquête à laquelle nous nous sommes livré ne nous a pas révélé que cette méthode fut bien répandue. La maison Carrion que nous avons interrogée à ce sujet nous a répondu qu'elle n'avait pas connaissance de l'emploi de la Rétropituine dans les curetages pour avortement : et dans la notice qu'elle insère dans les

boîtes de son produit il n'est point fait allusion à cette utilisation.

Dans la discussion sur les avortements qui eût lieu en 1934 à la Société de chirurgie, aucune allusion ne fut faite à cette façon simple d'éviter les perforations utérines.

Egalement dans la littérature que nous avons pu consulter et particulièrement dans les comptes rendus de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie depuis 1933 nous n'avons trouvé qu'un seul exemple de cet emploi d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Mais, étant donné les difficultés qu'il y a en province à faire une bibliographie complète, nous n'oserions affirmer que d'autres auteurs n'aient pas traité de ce sujet.

Le seul article que nous avons trouvé est une communication d'un médecin serbe M.S. Tassovatz parue dans le *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie* en novembre 1934, soit un an après que cette méthode ait commencé à être utilisée à l'Hôpital civil de Rochefort. Il s'agit d'une communication faite à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg.

L'auteur déclare qu'à de nombreuses reprises au cours de ces trois dernières années, dans certains cas d'avortements incomplets, dans les avortements artificiels surtout, l'injection d'extrait post-hypophysaire dans le tissu cervical, *immédiatement avant le curetage*,

la dilatation du col étant faite, lui a donné entière satisfaction. « Grâce à ce moyen, dit-il, nous avons toujours eu l'impression d'avoir effectué le curetage avec beaucoup de sécurité et des pertes de sang minimales ».

L'auteur a utilisé un à deux centicubes d'extrait post-hypophysaire Choay N° 4. « Cette injection, dit-il, est suivie rapidement d'une forte contraction utérine, qui, *sans diminuer la perméabilité du col* et sans faire d'obstacle à la curette permet de vider la cavité utérine avec beaucoup d'assurance et pour ainsi dire sans aucune hémorragie ».

Nous verrons que sauf la technique qui est différente, le principe de la méthode est le même et les conclusions auxquelles Tassovatz aboutit son identiques à celles que nous exposerons.

Nous citerons encore parce qu'il se rapporte indirectement au sujet, le travail de Brindeau et Lantuejoul sur les petites césariennes abdominales pour avortement thérapeutique.

L'injection d'extrait hypophysaire en plein muscle utérin produit la rétraction de l'utérus et « l'énucléation de l'œuf ».

Cette méthode vient prendre place entre la méthode de Bülher pour les césariennes et l'utilisation de l'extrait de lobe postérieur hypophyse dans les curetages pour avortement.

Nous avons volontairement omis dans cet exposé l'emploi de la Rétropituine à doses ocytotiques.

Nous apportons ici le résultat d'une expérience de quatre années, portant sur une statistique de 165 curetages pour avortement. Il s'agit dans la grande majorité des cas de curetage pour fausses-couches de deux à trois mois, plus rarement de fausses-couches de quatre mois et plus.

La hauteur de la cavité utérine était habituellement de neuf, dix à onze centimètres mais variait de huit à douze centimètres. Plus rarement la hauteur de la cavité était de treize, quatorze et plus. L'expulsion du fœtus avait déjà eu lieu et il s'agissait de débris ovulaires ou de rétention placentaire totale ou partielle avec hémorragies souvent graves, souvent avec hémorragies et infections graves.

I. — PRODUIT UTILISÉ ET MODE D'ADMINISTRATION

A. Produit utilisé

D'une façon constante, nous avons utilisé de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse préparé par la maison Carrion, sous le nom de Rétropituite et la solution dont nous nous sommes servi est la Rétropituite 10.

Celle-ci est présentée en ampoules de 1 cc. Chaque ampoule est titrée à 10 unités internationales et doit être diluée au moment de l'utilisation dans 9 centicubes de sérum physiologique tiède. On a ainsi une solution de 10 centicubes, dont chaque centimètre cube correspond à une unité internationale.

Par la suite nous emploierons indifféremment le terme de 1 cc. ou de 1 unité, étant bien entendu que nous ferons allusion à la solution dont nous venons de définir la préparation:

Nous n'avons pas l'expérience en matière de curetage pour avortement de la post-hypophyse Choay N° 4, que nous avons vu donner d'excellents résultats dans

les césariennes pratiquées à la Maternité de l'Hôpital de Rochefort.

B. Mode d'administration

Nous avons utilisé l'injection intra-veineuse poussée très lentement.

D'autres méthodes d'administration du produit peuvent être employées.

Injections intramusculaires.

Elles ne nous ont pas donné satisfaction.

OBSERVATION N° 57. — Mme B. Marguerite, 26 ans, Rochefort-sur-Mer.

Entrée le 23 février 1936.

Opérée le 24 février 1936.

..... *Avant anesthésie générale injection intra-fessière de 5 unités de Rétropituine.*

Au moment du curetage on trouve un orifice interne contracté mais très facilement dilatable. A l'exploration digitale on trouve des débris que l'on extrait à la curette. Ecoulement de sang assez important. D'ailleurs l'utérus ne présente pas la fermeté constatée à maintes reprises après injection intra-veineuse de Rétropituine 10.

* * *

Deux méthodes sont en réalité en présence :

1° *L'injection dans la paroi utérine.*

C'est la technique employée par Tassovatz qui injecte l'extrait d'hypophyse dans la paroi antérieure du col.

Nous l'avons également employée dans quelques cas, soit délibérément, soit à la suite de l'impossibilité de pratiquer l'injection intra-veineuse.

C'est également celle préconisée par Brindeau qui, dans les petites césariennes, injecte l'extrait d'hypophysaire dans la paroi au lieu de l'incision.

OBSERVATION N° 49. — Mme D. Hélène, 25 ans, Rochefort-sur-Mer.

Entrée le 12 janvier 1936.

Opérée le 13 janvier 1936.

..... *Rétropituine 10 préalable intra-veineuse.*
Effet nul sur le saignement. Celui-ci devenant important après l'extraction dans la plus grande partie du curetage, injection de Rétropituine 10 (4 unités) dans le col.

Effet satisfaisant permettant de finir le curetage.
Cependant léger saignement.

OBSERVATION N° 66. — Mme G. Suzanne, 24 ans, Port-des-Barques (Charente-Inférieure).

Entrée le 22 avril 1936.

Opérée le 23 avril 1936.

..... *Infection, température 39°, col fermé, pas de pertes. Explosion spontanée du fœtus le 23 avril vers 10 heures du matin pendant qu'on opérail. Hémorragie. Curetage dès l'opération terminée.*

La Rétropituine 10 intra-veineuse ne peut être faite malgré plusieurs tentatives à cause de la petitesse des veines. Rétropituine 10 (4 unités) dans le col. Effet nul sur l'hémorragie.

Curage et curetage. Après l'hémorragie continue un peu. Tamponnement à trois mèches. Ergotine

OBSERVATION N° 78. — Mme R. Georgette, 26 ans, Rochefort.

Entrée le 18 octobre 1936.

Opérée le 26 octobre 1936.

..... *Rétropituine 10 (4 unités), fond utérin ferme mais léger saignement.*

2° L'injection intra-veineuse.

Dans le service nous avons donné la préférence à l'injection intra-veineuse qui apparaît plus rapide et plus efficace surtout en se basant sur les résultats obtenus à la Maternité où le Dr Bonduel qui a pratiqué également les deux méthodes, a eu nettement l'impression de résultats supérieurs par l'injection intra-veineuse.

Cependant, nous savons que certains auteurs sont peu favorables à l'injection intra-veineuse d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

II. — EFFETS DE L'INJECTION INTRAVEINEUSE DE RÉTROPITUINE

Nous devons étudier les effets locaux et les effets à distance.

1° Effets locaux

Sur l'utérus.

Les effets obtenus par l'injection intra-veineuse de Rétropituine se ramènent à trois effets principaux, et un effet accessoire qui sont :

- A. Un effet négatif : Absence d'action sur le col,
- B. Un effet positif : Raffermissment et accessoirement rapprochement du fond,
- C. Un effet hémostatique,
- D. Un effet accessoire, mais intéressant l'expulsion du placenta.

* *
* *

A. *Effet sur le col.*

L'injection intra-veineuse de Rétropituine ne produit de façon habituelle *aucune diminution de calibre*

du col, lorsque celui-ci se trouve dilaté spontanément (col reste ouvert après expulsion du fœtus) ou a été dilaté artificiellement (dilatation extemporanée par Bougies de Hegar, ou dilatation lente par laminaires).

Par *col* nous entendons l'orifice externe,
le canal cervical
l'orifice interne.

C'est là la constatation première la plus importante, *car c'est elle qui autorise la méthode.*

De nombreuses mensurations ont été faites à l'aide de Bougies de Hegar *avant* l'injection de Rétropituine, *aussitôt* après celle-ci et *à la fin* de l'intervention.

Aucune modification appréciable n'a été constatée dans le calibre, mesuré par le numéro des Bougies de Hegar.

C'est ainsi que nous lisons :

OBSERVATION N° 40. — Mme D. Louise, 39 ans,
Le Brillouet (Charente-Inférieure).

Opérée le 14 août 1935.

Curetage pour avortement provoqué (vomissements incoercibles),

Dilatation aux laminaires,

Cavité : 11 centimètres,

Ouverture : 8

Dilatation : 21

Rétropituine 10 : Le fond durcit, — la cavité reste à

11 centimètres et après le curetage on peut encore passer une bougie de 20.

OBSERVATION N° 74. — Mme B. Armande,
29 ans, Rochefort.

Opérée le 31 août 1936.

..... *Cavité : 12 centimètres,*

Ouverture : 21

Injection de Rétropituite 10 ne modifie ni la cavité, ni l'ouverture.

OBSERVATION N° 79. — Mme S. Madeleine,
32 ans, Saint-Just (Charente-Inférieure).

Opérée le 10 novembre 1936

..... *Rétropituite*

Après injection : arrêt de saignement

Cavité : 12 centimètres

Ouverture : 20

OBSERVATION N° 80. — Mme R. Mathilde, 33 ans,
Saint-Just (Charente-Inférieure).

Opérée le 27 novembre 1936

..... *Ouverture : 20 centimètres*

Cavité : 13

Fond un peu mou, saignant ; injection intra-veineuse de Rétropituite 10 (6 cc.).

Bon raffermissement. Pas d'autres modifications, le col reste violacé.

OBSERVATION N° 84. — Mme B. Germaine,
25 ans, Bourcefranc.

Opérée le 24 décembre 1936

..... Ouverture : 14 centimètres

Cavité : 11

Rétropituine 10 intra-veineuse : 5 cc.

Aussitôt l'injection de Rétropituine durcissement très net avec expulsion de sang. Pas de modifications des dimensions (vérifiées).

Curetage.

OBSERVATION N° 85. — Mme P. Louisa, 34 ans,
Rochefort.

Opérée le 22 janvier 1937.

..... Cavité : 11 centimètres

Ouverture : 11

Dès l'introduction des bougies l'utérus saigne abondamment en jet. Rétropituine 10 : 6 cc.

N'empêche pas la dilatation à 14 qui se maintient.

Cavité réduite à 8. Fond très ferme.

OBSERVATION N° 91. — Mme B. Geneviève,
23 ans, Rochefort.

Opérée le 5 février 1937

..... Cavité : 9 centimètres

Ouverture : 13

Dilatation : 15

*Rétropituine 10 intra-veineuse avant.
Pas de modifications.*

OBSERVATION N° 95. — Mme B. Marie, 21 ans,
Marennnes.

Opérée le 28 février 1937

..... Rétropituine

Cavité : 12 centimètres ramenée à 9

Ouverture : 22

Il en résulte que l'injection intraveineuse de Rétropituine 10 n'apporte aucune gêne au curetage : *c'est là la notion préliminaire la plus importante.*

Dans un ou deux cas nous devons noter que le curage digital a été gêné par un état de contracture à la partie supérieure du canal cervical.

OBSERVATION N° 89. — Mme M. Simone, 24 ans,
Rochefort.

Opérée le 1^{er} février 1937.

..... Avortement de 4 mois. Rétropituine 10 (5 cc.). Très forte contraction de l'utérus et particulièrement de la partie correspondante à l'anneau de Bandl qui gêne l'introduction du doigt pour le curage.

En conclusion, la méthode préconisée est surtout réservée au curetage à la curette, bien que la gêne par contraction dans le curage digital soit l'exception,

puisque sur une période de quatre années, nous n'avons trouvé que un ou deux cas où l'on ait été gêné (Observation N° 89 précitée). D'ailleurs, il s'agit surtout de cas de grossesse de 4 mois et plus.

Dans beaucoup d'observations au contraire il est bien précisé que le curage digital n'a été nullement gêné par l'injection de Rétropituine.

OBSERVATION N° 51. — Mme B. Marguerite, 28 ans, Saint-Germain-de-Marencennes.

Opérée le 16 janvier 1936.

..... Rétropituine 10 avant le curetage.

Cavité : 10

Ouverture très large permettant le curage digital.

OBSERVATION N° 42. — Mme R. Léone, 30 ans, Saint-Nazaire (Charente-Inférieure).

Opérée le 26 août 1935.

..... Curage digital et curetage pour rétention placentaire totale.

Injection de Rétropituine 10 ante.

OBSERVATION N° 53. — Mme S. Simone, 24 ans, Marennnes.

Opérée le 20 janvier 1936.

..... Curage et curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire totale avec hémorragie. Femme enceinte de 3 mois. Pertes sales. Col entr'ouvert.

Expulsion spontanée du fœtus dans le service à 19 heures.

A 20 heures hémorragie grave. Opération immédiate. Rétropituine 10 ante.

Donc, si afin d'éviter tout risque de gêne, il est préférable de faire le curage digital avant l'injection de Rétropituine, il ne faudra jamais craindre, l'hémorragie étant trop importante ou le fond trop difficile à atteindre, de faire l'injection d'extrait hypophysaire.

Enfin, mais sans vouloir en faire une règle, nous noterons que dans quelques observations (voir observation N° 85) *la dilatation a été possible sans difficulté après l'injection de Rétropituine* lorsque l'urgence de celle-ci avait été indiquée par l'importance de l'hémorragie.

*
* * *

B. Effet sur le fond utérin, les cornes, les parois.

L'injection intra-veineuse de Rétropituine produit un *raffermissement* de l'ensemble de la paroi utérine et secondairement une rétraction. Cette dernière moins prononcée et inconstante.

Raffermissment.

Cet effet est particulièrement remarquable sur la surface du fond de l'utérus qui prend immédiatement sous l'effet de l'injection intra-veineuse de Rétropituine

une consistance ferme qui permet à la curette de l'explorer avec une sensation de sécurité remarquable.

Cette consistance va du simple raffermissement à un véritable durcissement. Ainsi se constitue ce que nous appellerons « *un fond de sécurité* » qui est le résultat dominant de l'injection intra-veineuse d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Rapprochement.

En même qu'il se raffermi, le fond se rapproche. Mais cet effet du rapprochement n'est pas constant, les mensurations de la hauteur de la cavité, mesurée à l'hystéromètre, donnent des résultats variables.

Dans la majorité des cas, la cavité conserve la même hauteur avant et après l'injection de Rétropituine.

Il est à remarquer que lorsque la hauteur de l'utérus avant l'injection de Rétropituine est de 10 à 12 centimètres, ou inférieure à ces chiffres, le rapprochement n'a pas lieu ou est minime (1 centimètre environ).

Mais lorsque la hauteur dépasse 14, 15 centimètres, quand on a l'impression que l'hystéromètre, la curette s'enfoncent « à perte de vue » l'injection de Rétropituine amène une diminution de la hauteur du fond, extrêmement sensible et c'est précisément dans ces derniers cas que le rapprochement est utile et apprécié.

OBSERVATION N° 21. — Mme D. Odette, 29 ans,
La Chasse, Commune de Saint-Just.

Opérée le 20 janvier 1935.

*..... L'utérus est volumineux et mou. La curette
et l'hystéromètre s'enfoncent à perte de vue.*

Rétropituine 10.

*Le curetage devient facile, le placenta est
accessible.*

OBSERVATION N° 27. — Mme S. Adeline, 22 ans,
Rochefort.

Opérée le 9 mars 1935.

*..... A l'arrivée température 40°. Expulsion
spontanée d'un fœtus de 3 mois.*

Hémorragie.

*Extraction du placenta au doigt et à la curette
après injection de Rétropituine 10 qui fait passer la
cavité de 14 centimètres à 9 centimètres.*

OBSERVATION N° 37. — Mme G. Denise, 37 ans.
Marennes.

Opérée le 21 juin 1935.

..... Cavité : 10 1/2

*Dilatation commençant à faire saigner, le
fond étant mou, l'utérus plein de caillots.*

Injection de Rétropituine 10.

Fond immédiatement raffermi. Curetage facile.

*Quelques débris placentaires. Cavité après Rétropi-
tuine : 9 1/2.*

OBSERVATION N° 55. — Mme V. Yvonne, 28 ans,
Breuil Magné.

Opérée le 8 février 1936.

*..... L'œuf complet apparaît au col mais on ne
peut le libérer. Ouverture de membranes.*

*Expulsion du fœtus (2/3 mois). Cavité profonde,
le doigt ne peut dépasser l'isthme.*

*Rétropituine 10 donne un « fond de sécurité »
à 11 centimètres sans modifier la dilatation et permet le
curetage sans hémorragie.*

OBSERVATION N° 69. — Mme G. Olga, 26 ans,
Rochefort.

Opérée le 16 mai 1936.

*..... Fausse couche de 3 mois. Rétention partiel-
le avec infection (39°, pouls rapide, hémorragie).*

Cavité à fond perdu : 16

*Rétropituine 10 le fond durcit et revient à 13.
Curage digital. Ablation du placenta à la pince spéciale
et curetage.*

OBSERVATION N° 81. — Mme R. Simone, 35 ans,
Marennnes.

Opérée le 9 décembre 1936.

*..... Grossesse gémellaire avec infection et
hémorragie. Rétention placentaire totale.*

Col largement ouvert

Cavité : 18 centimètres

Rétropituine : 10. Pas de saignement. Après expulsion placenta, cavité : 12 centimètres.

OBSERVATION N° 92. — Mme G. Madeleine, 24 ans, Rochefort.

Opérée le 26 février 1937.

..... Rétention placentaire avec infection grave.

Température à l'arrivée 40°.

Céphalées. Pouls rapide.

Expectative. Rubiazol. Septicémine Cortial intra-veineuse. Le curetage est fait lorsque les phénomènes infectieux sont amendés.

Cavité : 13

Ouverture : 10

Rétropituine 10 (5 cc.). Bon raffermissement du fond. Curetage exsangue.

Effets sur les cornes utérines.

En même temps que le fond se raffermît et se rapproche, les cornes deviennent accessibles à la curette et la fermeté de leur paroi permet une exploration convenable de leur cavité.

Nous n'avons jamais vu se produire d'enchatonnement de débris placentaires. Enchatonnement dont la menace avait fait proscrire l'emploi de l'ergotine avant la vacuité complète de l'utérus.

Effets sur les parois.

C'est un effet de raffermissement que produit la Rétropituine injectée par voie intra-veineuse.

*
* *

C. Effet hémostatique.

L'injection intra-veineuse de Rétropituine 10 arrête instantanément l'hémorragie. Cet effet ne dépend pas d'une manière absolue du précédent, car on a pu noter dans certains cas, un raffermissement du fond et des parois et un effet médiocre sur l'hémorragie.

OBSERVATION N° 49. — Mme D. Hélène, 25 ans, Rochefort.

Opérée le 13 janvier 1936.

..... *Rétropituine 10 intra-veineuse. Effet nul sur le saignement celui-ci devenant important après l'extraction.*

OBSERVATION N° 78. — Mme R. Georgette, 26 ans, Rochefort.

Opérée le 26 octobre 1936.

Curetage pour rétention placentaire partielle avec hémorragie.

Cavité : 10

Ouverture : 13

Dilatation : 15

Rétropituine 10 (5 cc.) fond utérin ferme mais léger saignement.

Il ne faut pas se laisser impressionner par l'écoulement de sang qui se produit pendant l'injection intra-veineuse de Rétropituine, car il s'agit de l'expulsion du sang contenu dans la cavité utérine et de l'action exercée par les parois utérines sur le placenta qui commence à se détacher.

Mais aussitôt l'injection terminée l'hémorragie s'arrête et ne se reproduira plus.

Tout le curetage, même s'il est difficile, laborieux par suite d'adhérences de débris placentaires, telles qu'on peut les observer dans les cas d'œufs morts depuis un certain temps, et d'expulsion du fœtus datant de plusieurs jours, tout le curetage, disons-nous, va se faire sans une goutte de sang ou presque.

On est alors étonné de la propreté d'une opération qui pratiquée dans d'autres conditions laisse parfois un peu à désirer à ce point de vue.

Cet effet hémostatique n'est pas comme nous l'avons vu, exclusivement le fait du raffermissement et de la rétraction utérine. Il est dû également à la vaso-constriction des vaisseaux. Celle-ci se manifeste parfois d'une façon intense à l'œil qui suit la coloration du museau de tanche, et qui sous l'effet de l'injection intra-veineuse de Rétropituine devient en général plus pâle allant parfois jusqu'à prendre une teinte de blancheur cireuse.

Nous ne devons pas oublier non plus que cette hémos-

tase peut-être est due pour une certaine part aux propriétés coagulantes de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Cette propriété coagulante a été montrée en 1909 par Weil et Boye (*in vitro*) qui ont mis aussi en lumière les effets inverses de l'extrait de lobe antérieur.

Ces faits ont été confirmés par les travaux de plusieurs auteurs tels que Herry, De Barguino. Pour Feissly, l'action coagulante de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse serait manifeste *in vitro* et *in vivo* et le mécanisme en serait surtout une augmentation de la thrombine.

En résumé, l'effet hémostatique de la Rétropituine dans les curetages paraît être dû à plusieurs facteurs.

Raffermissment de l'utérus.

Rétraction de l'utérus.

Vaso-constriction des vaisseaux utérins.

Action coagulante de la Rétropituine.

* * *

D. Effet sur le placenta.

Fréquemment qu'il s'agisse de placenta entier ou de débris placentaires, l'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse détermine le détachement et l'expulsion du placenta, qui vient apparaître au col.

Nous citons ici une observation typique parmi tant d'autres.

OBSERVATION N° 50. — Mme C. Valéry, 32 ans, Rochefort.

Entrée le 12 janvier 1936.

Opérée le 13 janvier 1936.

Entrée le 12 janvier en travail d'avortement (début) la poche des eaux est rompue. Cordon procident à la vulve. Infection (fièvre, mauvaise odeur). Col légèrement dilaté, admettant un doigt. Le 13 au matin, même état, mise en place de trois lamineaires.

Expulsion du fœtus le 13 au soir à 22 heures.

Hémorragie. Curetage.

Injection préalable intra-veineuse de Rétropituine 10. On trouve le placenta dans le col.

Extraction à la pince de Bonnaire. Révision à la curette.

La Rétropituine produit une rétraction très marquée.

Fœtus de 3 mois.

Sortie de l'hôpital le 24 janvier 1936.

Et ainsi se trouvent simplifiées les manœuvres de curage digital et de curetage.

Cet effet est bien connu dans les césariennes abdominales où il facilite grandement le temps d'extraction du placenta (Bölher). Nous l'avons vu utiliser par Brindeau dans les « petites césariennes abdominales ».

*
* *

L'action de la Rétropituine dans les différents effets que nous avons étudiés est toujours *instantanée*.

Elle suit immédiatement l'injection et persiste pendant toute la durée du curetage. Mais nous n'avons pas l'impression qu'elle soit ensuite de très longue durée. Aussi, si l'on craint que pendant les heures qui suivent, l'utérus ne redevienne mou, on peut faire une fois la malade ramenée dans son lit, une injection hypodermique d'ergotine.

L'action de la Rétropituine est à peu près constante. Néanmoins, il faut reconnaître qu'il y a des cas où l'on a l'impression que l'utérus est, si l'on peut dire, « *rétropituino résistant* ».

C'est ainsi que sur 165 curetages que nous avons pratiqués, nous notons sur différents cas des effets nuls, insuffisants ou médiocres. Nous relevons sur les 165 cas :

2 cas nuls

3 cas insuffisants

4 cas médiocres.

OBSERVATION N° 28. — Mme A. Loetitia, Rochefort.

Opérée le 7 mars 1935.

..... *Hémorragie profonde dès qu'on essaie le curetage. Rétropituine 10 (à deux reprises) permet de procéder à l'ablation du placenta.*

OBSERVATION N° 29. — Mme S. Thérèse, 25 ans, Rochefort.

Opérée le 6 avril 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie et infection.

Débris placentaires très adhérents à odeur infecte. Effet de la Rétropituine peu satisfaisant.

(Saignement, manque de fermeté).

OBSERVATION N° 30. — Mme B. Francine, rue Audry, Rochefort.

Malade en observation depuis quelques jours pour douleurs, pertes, infection.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire avec hémorragie après expulsion du fœtus (3 mois).

Rétropituine 10 : 10 cc. + 5 cc.

Action médiocre.

OBSERVATION N° 44. — Mme M. Armanda, 28 ans, Rochefort.

Entrée le 19 octobre 1935.

Infection. Métrorragie sang noir, avec caillots persistants après retard de règles de 2 mois. Curetage d'urgence. Dès l'introduction de la curette saignement en jet.

Injection intra-veineuse de Rétropituine 10 permet le curetage. On ramène des débris moulus, effilochés, avec de petits vésicules comme une tête d'épin-

gle. La paroi au-dessous est molle. Néanmoins avec une seconde injection de Rétropituine on arrive à faire un curetage prudent, mais en apparence complet.

Diagnostic macroscopique :

œuf altéré ?

chorio épithéliome ?

Phlébite quelques jours après.

La lecture de ces observations nous incite à remarquer que dans tous les cas où l'injection de Rétropituine a agi de façon incomplète, soit au point de vue hémostatique, soit au point de vue raffermissement, il s'agissait d'utérus infectés, très fortement infectés. Fièvre élevée. Pertes sales d'odeur putride etc...

Sur les 9 cas que nous relevons, 8 sont des malades infectées ; dans certains cas il s'agissait d'hémorragies utérines par infection, sans rétention placentaire.

Ces cas restent néanmoins l'exception, car il est évident que s'ils étaient la règle, cela enlèverait tout l'intérêt de la méthode. Il faut noter d'ailleurs que c'est surtout l'effet hémostatique qui, dans ces cas, se trouve diminué.

2° Effets à distance

Ces effets sont au nombre de deux assez constants :

A. Les vomissements,

B. L'émission de gaz par l'anus.

A. Les vomissements.

Ils surviennent en général aussitôt la fin de l'injection. Ils sont incontestablement attribuables à la Rétropituine et non à l'anesthésie. Ils sont d'ailleurs sans importance. Ce sont plutôt, comme on dit d'une façon imagée dans les Charentes, quelques « heurtements », plutôt que des vomissements. Ils cessent rapidement et ne se reproduisent pas.

B. L'émission de gaz par l'anus.

Très souvent et un peu plus tardivement se produit une abondante débâcle de gaz par l'anus. Cette débâcle s'accompagne rarement de défécation.

Ces vomissements et cette débâcle de gaz par l'anus s'expliquent par l'action de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse sur les fibres lisses de l'intestin et de l'estomac.

Si on observe les vomissements à la fin de l'injection ou immédiatement après elle et la débâcle des gaz d'une façon plus tardive, cet intervalle de temps serait dû à la manière dont agit la Rétropituine.

En effet, Blair Bell (1909) et après lui I. Ott (1910), Franchini, Houssay (1910) qui ont étudié son action sur la contractibilité de l'intestin *in vitro* ou isolé, ont constaté après une courte période d'inhibition intestinale (d'ailleurs parfois absente) de fortes contractions progressivement constantes.

Pour Bayer et Peter, l'inhibition du début serait le résultat de l'excitation du sympathique : très rapidement d'ailleurs cette excitation serait masquée par la stimulation des plexus d'Auerbach et de leurs fibres post ganglionnaires, d'où l'augmentation progressive de l'amplitude des contractions.

Ce phénomène d'émission des gaz par l'anus inviterait à essayer d'utiliser la Rétropituine dans les occlusions paralytiques. Mais cet essai n'a jamais été fait dans le service.

*
* *

Nous aurions aimé pouvoir apporter des précisions très exactes sur l'état du pouls et de la pression artérielle pendant et à la suite de l'injection de la Rétropituine, mais les conditions dans lesquelles s'opéraient habituellement les curetages avec le personnel strictement indispensable ne nous ont pas permis de le faire. Nous avons simplement constaté un ralentissement du pouls.

*
* *

En terminant l'étude des effets de l'injection intraveineuse de Rétropituine, nous rappellerons que l'anesthésie régionale, plus précisément l'anesthésie par métrale produit à elle seule des effets identiques, peut-être même plus étendus que l'injection intra-

veineuse de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

L'anesthésie paramétrale non seulement anesthésie, mais encore, agissant en sens contraire sur le col et le corps, permet une dilatation assez poussée du col, tandis que augmentant la tonicité du corps utérin, « elle rend elle aussi la perforation utérine absolument inconcevable ». En outre, elle diminue considérablement l'hémorragie. Ses effets sont en somme comparables à ceux de la rachianesthésie dans les accouchements suivant méthode de Delmas. Ils sont bien exposés dans l'intéressante thèse de Frydman (p. 38-39).

L'expérience que nous avons de l'anesthésie paramétrale fait que nous pensons qu'elle doit être réservée aux interventions exploratrices (curetages explorateurs, aux avortements thérapeutiques) mais qu'il y a lieu de rester fidèle à l'anesthésie générale pour les curetages d'urgence pour avortement qui sont ceux dont il est question ici.

Il ne faut pas oublier non plus que l'anesthésie paramétrale ne nous a pas toujours permis de faire des curetages exempts de douleurs et qu'elle est peu commode dans les curetages d'urgence dont nous parlons qui saignent beaucoup et sont souvent infectés.

III. — INCIDENTS ET ACCIDENTS

Sur l'ensemble de nos observations nous n'avons noté que deux alertes qui nous ont inquiété sérieusement, bien qu'elles fussent de courte durée.

Il s'agissait de femmes ni particulièrement en mauvais état, ni particulièrement affaiblies par l'hémorragie ou l'infection, ni particulièrement âgées.

A la suite de l'injection intra-veineuse de Rétropituite, elles devinrent d'une pâleur intense, la respiration faible, le pouls petit, ralenti, inappréciable.

En quelques minutes, malgré tout longues pour le chirurgien, et peut-être sous l'effet des médicaments administrés (ouabaïne intra-veineuse, adréphédrine Béral, huile camphrée) la coloration, la respiration et le pouls redevinrent normaux et les suites furent absolument normales.

Quelle fut la cause de ces deux alertes ? Susceptibilité de la malade ? Injection intra-veineuse poussée trop vite ? Dose trop forte ?

Hoewl (1898) a étudié l'action de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse sur la circulation.

D'après ces expériences il résulte que l'injection d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse produit une augmentation de la pression artérielle qui dure une demi-heure et parfois davantage (Houghton et Mérill). Cette augmentation qui peut atteindre de 20 à 30 mm. de mercure est de moins en moins marquée au cours d'injections successives (Howell), elle peut être même remplacée par de l'hypotension (Schafer-Halliburton).

Ceci serait le fait d'une « Chalone » antagoniste.

On peut d'ailleurs observer une légère chute de la pression précédant l'hypertension.

Celle-ci s'accompagne de bradycardie avec augmentation d'amplitude des battements cardiaques (de Lyon, Silvestrini etc...).

Il serait donc possible de penser que les deux alertes que nous avons observées sont peut-être dues à l'hypotension qui se produit au début de l'injection de Rétropituine et que ce premier stade au lieu d'être suivi d'hypertension, a du persister. Nous nous trouverions en somme, en présence d'un état d'inhibition prolongé semblable à celui qu'on observe par l'action de la Rétropituine sur l'intestin.

Houssay et Beruti ont démontré que l'action de

l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse sur l'intestin était annihilé par une injection simultanée d'adrénaline.

Nous sommes donc en droit de croire que le mécanisme d'inhibition sur la circulation est semblable à celui de l'intestin et que les injections sous-cutanées d'adréphédrine ont amené, associées à l'ouabaïne intra-veineuse, une sédation rapide des accidents.

Depuis ces deux alertes qui ne se sont jamais reproduites, nous avons essayé de chercher la dose minima suffisante et elle a été ramenée de 10 cc. à 6 cc. et moins, et l'injection est poussée très lentement en prenant les précautions que nous verrons tout à l'heure.

Il est à noter avant de clore ce chapitre des accidents et incidents qu'aucune alerte n'a été observée dans le service de la Maternité et que Böhler sur les centaines de cas où il a utilisé sa méthode n'a noté aucun incident. On peut se demander si chez les femmes enceintes à terme, la susceptibilité ne serait pas moins accentuée.

IV. — SUITES OPÉRATOIRES

Les suites de curetages pratiqués avec la Rétropituine ont été en général remarquablement favorables. Sur la série de 165 curetages avec Rétropituine nous n'avons eu à déplorer *aucun décès* ni par hémorragie ni par infection, et ceci doit être considéré comme un beau résultat étant donné que les malades sont amenées souvent à l'hôpital dans un état très grave, soit du fait de l'hémorragie, soit du fait de l'infection.

Nous avons examiné les suites au point de vue hémorragie et au point de vue infection.

Au point de vue hémorragie

Nous n'avons pas noté de reprises de l'hémorragie. A remarquer seulement dans quelques cas vers le sixième ou le septième jour quelques petites pertes sanguinolentes, vite arrêtées peut-être par l'effet du médicament administré (Dragées Ferro-ergotées Mannet).

Au point de vue infection.

Nous avons revisé les feuilles de température des malades amenées depuis décembre 1933 et nous pouvons les diviser en trois groupes sur 165 cas.

1^{er} Groupe. — 130 malades ont eu des suites non fébriles, ou avec mouvement fébrile insignifiant n'atteignant pas 38°. Elles se sont levées au septième jour et sont sorties de l'hôpital deux ou trois jours après.

Sur ces 130 malades, 15 sont particulièrement intéressantes puisqu'elles étaient des infectées graves et présentaient avant le curetage une température élevée (39°, 40° et plus) la veille ou depuis plusieurs jours.

2^e Groupe. — 29 ont présenté des accidents infectieux vite jugulés.

Ascension fébrile (39°-40°) survenant le soir du curetage, le lendemain ou le deuxième ou troisième jour, durant un jour ou deux, tombant brusquement ou descendant progressivement; parfois phlébite légère.

Toutes ces malades sont sorties guéries au bout de trois semaines, un mois.

3^e Groupe. — 6 femmes enfin ont présenté des complications plus sérieuses.

Infection post abortum avec phlébites, fièvre. Les malades sont sorties guéries après un séjour de plus d'un mois après un traitement anti infectieux :
Septicémine,

Rubiazol,

Abcès de fixation dont l'effet semble avoir été particulièrement heureux.

V. — INDICATIONS ET AVANTAGES DE LA MÉTHODE

Les indications se déduisent des effets produits par l'injection de Rétropituine intra-veineuse.

Les deux effets les plus importants sont :

1° La formation d'un « *fond de sécurité* » et le raffermissement de l'utérus.

2° L'action hémostatique complète et immédiate.

A. — Indications sur l'état du fond

L'injection de Rétropituine sera particulièrement indiquée lorsque le fond utérin est *mou*, encore plus lorsqu'il est mou et *lointain* comme on l'observe sur les utérus infectés qui sont les plus fréquemment en cause dans les curetages pour avortements.

Dès que l'hystéromètre introduit avec une extrême douceur, donne la sensation d'un fond mou et à plus forte raison si ce fond est distant, c'est-à-dire au delà de 11 à 12 centimètres.

Si la dilatation est jugée convenable, l'injection de

Rétropitiune est faite et aussitôt se constitue un *fond de sécurité* qui va permettre un curetage satisfaisant et sans danger.

Il sera satisfaisant puisqu'il pourra être minutieux et complet.

La fermeté du fond, des cornes et des parois permet d'acquérir la certitude que la curette a tout exploré, qu'elle ne laisse aucun débris.

Le curetage fait sur une paroi ferme pourra être effectué d'une main légère. On évitera ainsi les ennuis et les risques du curetage appuyé (infection, destruction trop complète de la muqueuse, aménorrhée consécutive). Il pourra être fait rapidement sans retours inutiles.

Le gros danger qui est la perforation utérine sera évité.

Il y a quelques années on n'aurait pas osé parler de la possibilité de perforation utérine au cours d'un curetage sans se croire deshonoré.

Il était entendu que celles-ci étaient l'apanage de chirurgiens apprentis ou de médecins maladroits et inexpérimentés.

La discussion extrêmement importante qui a eu lieu en 1934 à la Société de Chirurgie a montré que nombre de chirurgiens habiles et consciencieux, que d'excellents internes des hôpitaux pouvaient être responsables de cet accident.

Nous ne voulons pas parler de ces faits inouïs et scandaleux, témoignant non seulement de l'ignorance, de la maladresse mais encore de l'inconscience de leurs auteurs où « l'on a pu avec une curette ramoner tout le contenu du petit bassin et emporter vessie, colon pelvien, rectum etc... ».

Mais nous faisons allusion à ces cas où le chirurgien prudent sent tout d'un coup la curette disparaître à fond perdu. Il s'arrête et prend aussitôt les mesures nécessaires.

J.L. Faure nous dit son horreur pour le curetage opération aveugle (p. 643).

Ferrari d'Alger « je compte sept perforations utérines au cours de ma pratique personnelle, p. 752 ».

André, de Nancy, Quénu, Huet, Brocq, Gaudier de Lille citent une ou plusieurs observations de perforation utérine au cours de curetage survenues dans leur service, parfois sous leurs yeux, curetages faits par des chirurgiens expérimentés ou par leurs internes.

Desplas nous parle d'une perforation faite par « un excellent chirurgien ».

Moure déclare que « s'il lui arrive de perforer lui-même un utérus... ».

Enfin Viannay ne craint pas de dire « La chose m'est arrivée trois ou quatre fois, peut-être cinq ou six à la fin d'un curetage. Je n'inscris même plus cet incident sur mes registres ».

Sans aller jusqu'à accepter d'un cœur léger cet excès de perforation, on peut se demander, pour quelques cas qu'on ne craint pas d'avouer combien restent ignorés.

Il est bien possible qu'il n'y ait pas de chirurgien qui n'ait senti un jour la curette disparaître et qui n'ait depuis gardé pour le curetage, opération aveugle, cette mauvaise impression manifestée par Jean Louis Faure.

La perforation utérine peut se faire : *a*) exceptionnellement par l'hystéromètre au moment de l'exploration, *b*) souvent par les bougies au moment de la dilatation, mais ceci est plutôt le fait de curetages explorateurs pour métrite hémorragique, que de curetage pour avortement ; *c*) enfin le plus souvent par la curette.

Il semble bien que l'injection de Rétropituine écarte *au maximum* les chances de perforation par la curette et donne une impression de sécurité des plus appréciables.

* * *

B. — Indications contre l'hémorragie

L'injection intra-veineuse de Rétropituine est indiquée toutes les fois que l'introduction des instruments, hystéromètre, bougies, curettes, fait saigner en jet l'utérus.

Dans un bon nombre de nos observations nous voyons ce détail noté.

OBSERVATION N° 5. — Mme P. Gabrielle, 26 ans, Rochefort.

Opérée le 18 mai 1934.

Hémorragie importante à la première tentative de dilatation.

Rétropituine 10

Hémorragie s'arrête aussitôt.

OBSERVATION N° 7. — Mme F. Suzanne, 25 ans.

Opérée le 11 juin 1934.

..... Hémorragie et fièvre.

Col ouvert à 14. Dilatation 17. Cavité 13.

Utérus mou.

Saigne abondamment en jet dès la curette introduite. Rétropituine 10. Bon effet.

OBSERVATION N° 73. — Mme A. Marie, 38 ans, Hiers Brouage (Charente-Inférieure).

Opérée le 29 juillet 1936.

Curetage pour métrorragies persistantes depuis le 3 juillet sans retard de règle appréciable.

Infection : fièvre 39° à l'arrivée.

Curetage fait après refroidissement.

Cavité : 10

Ouverture : 12

Dilatation : 14

L'introduction des bougies et curettes fait saigner à flot. Rétropituite 10 (6 cc.) Durcissement de l'utérus et arrêt de l'hémorragie.

OBSERVATION N° 85. — Mme P. Louisa, 34 ans, Rochefort.

Opérée le 22 janvier 1937.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire à peu près complète.

Cavité : 11

Ouverture : 11

Dès l'introduction des bougies l'utérus saigne abondamment en jet. Rétropituite 10 (6 cc.). Arrêt de l'hémorragie. N'empêche pas la dilatation à 14, qui se maintient. Cavité réduite à 8. Fond très ferme.

Nous rappelons que sur nos 165 cas nous n'avons perdu aucune malade par hémorragie et que nous n'avons pas eu besoin de recourir à la transfusion sanguine d'urgence alors que dans les années antérieures nous avons eu le malheur de perdre quelques femmes dans ces tristes conditions.

Cette hémorragie en jet est fréquente dans les utérus mous, infectés. L'injection de Rétropituite arrêtera immédiatement le saignement et le curetage sera exsangue.

*
* *

L'injection de Rétropituine est également indiquée toutes les fois que la malade est amenée dans un état d'anémie aiguë, d'hémorragie grave.

La moindre perte de sang en la faisant descendre au-dessous du seuil de résistance, peut être fatale. L'injection d'extrait de lobe d'hypophyse évitera cette perte de sang même minime.

*
* *

Etant donné l'effet hémostatique immédiat produit par la Rétropituine, on peut se demander si celui-ci ne pourrait être utilisé comme hémostatique d'urgence dans les avortements. Voici semble-t-il deux cas où elle pourrait être employée.

1° La malade est amenée en clinique ou dans le service hospitalier dans un état d'anémie très grave. L'examen d'entrée montre au toucher un col *ouvert*. L'injection intra-veineuse de Rétropituine peut être faite aussitôt. Elle permettra de gagner le temps nécessaire à alerter le personnel et à préparer la salle d'opération.

2° A domicile, en cas d'hémorragie grave, après *expulsion du fœtus* et seulement dans ce cas, on pourra procéder à l'injection de Rétropituine. Elle arrêtera l'hémorragie pendant le temps du transport dans un

centre chirurgical et évitera lorsque les routes sont longues et coupées d'obstacles (ce qui est fréquent dans notre région : pont transbordeur, bacs, bateaux, passages à niveaux fermés) de voir arriver la malade complètement saignée à blanc.

Souvent l'injection aura facilité l'expulsion du placenta qu'il ne restera plus qu'à cueillir.

* * *

C. — Avantages au point de vue infection

Il est séduisant de penser que la Rétropituite en rétractant la paroi, en diminuant la béance des vaisseaux qu'ouvre la curette, en empêchant ceux-ci de saigner, évite l'infection en diminuant l'inoculation microbienne.

On a également cette impression en parcourant les observations du service que les complications infectieuses sont vraiment rares et que dans la presque totalité des cas, les curetages ont des suites bénignes ; même ceux qui s'annonçaient comme devant être graves et que précédait une infection à grand fracas.

En tout cas on n'observe pas ces graves complications d'autrefois (septicémies, péritonites, phlegmon du ligament large, salpingites), *et répétons qu'aucun décès n'a été observé.*

Quel est le rôle de la Rétropituine dans cette évolution favorable ? On ne peut évidemment l'affirmer.

Et cependant nous constatons que depuis quelques années, et particulièrement depuis 1932 les malades qui arrivent dans notre service, pour avortement sont beaucoup plus fréquemment dans un état d'infection sérieux et grave que les années antérieures.

Bien d'autres causes évidemment entrent en jeu dans cette amélioration des résultats au point de vue infection : les médications utilisées pour combattre l'infection (rubiazol, septicémine Cortial intra-veineuse, abcès de fixation), et *surtout* la précaution de savoir attendre et de ne pas cureter un utérus infecté en pleine réaction fébrile, si l'hémorragie ne crée pas une indication absolue.

Malgré tout cela, on ne peut se défendre de cette impression que la Rétropituine joue un rôle important dans la diminution de l'infection dans les suites opératoires.

Nous avons voulu préciser notre impression en comparant les résultats obtenus sur une période de trois années antérieures à l'emploi de la Rétropituine. Nous donnons ici cette statistique comparative, tout en sachant bien qu'il ne faut pas attacher aux statistiques une valeur absolue :

Suites opératoires	Malades opérées avant l'emploi de la Rétropituine		Malades opérées depuis l'emploi de la Rétropituine	
SANS INFECTION				
1 ^{er} groupe) Cas non infectés ou peu infectés avant	55,4 %		71,9 %	
2 ^e groupe) Cas avec infection grave avant ..	3 %		9 %	
	Total .	58,4 %	Total .	80 %
AVEC INFECTION				
1) Formes moyennes ..	35 %		17 %	
2) Formes graves	5 %		3 %	
3) Formes très graves avec décès	1,6 %		0	
	Total .	41,6 %	Total .	20 %

VI. — TECHNIQUE

« Le curetage est une opération aveugle et qui, par conséquent, plus qu'une opération en clair exige une technique précise et un chirurgien habile ».

Sauvé (Société de chirurgie, 1934, p. 673).

1° Préparation de la solution de Rétropituine dans une seringue de 10 cc.

Cette seringue doit être emplie de la solution, armée de son embout et de son aiguille intra-veineuse. Elle doit être posée sur un plateau flambé avec le nécessaire pour injection intra-veineuse (coton, alcool, lien élastique, etc...).

2° Anesthésie générale.

Ordinairement, s'il n'y a pas de contre indications précises, nous nous servons du mélange de Schleich, avec adjonction au masque d'Ombredane d'un ballon de CO². Nous obtenons ainsi une anesthésie rapide qui en diminuant la période d'excitation habituelle permet de commencer presque immédiatement l'exploration.

3° *Exploration utérine.*

A. — Exploration à l'hystéromètre de la profondeur de la cavité, de la situation et de la consistance du fond.

B. — Exploration aux bougies de Hegar du degré d'ouverture du col.

Si la dilatation est jugée suffisante (12 et plus) injection de Rétropituine, sinon *dilatation*.

4° *Injection intra-veineuse de Rétropituine 10.*

Cette injection doit être poussée très lentement, c'est-à-dire 2 à 4 secondes par centimètre cube. La Maison Carrion dans la notice livrée avec le produit, demande cinq minutes pour injecter les 10 cc. de solution. Il y a là peut-être une prudence excessive, d'après notre expérience. D'ailleurs, à Strasbourg, 1 cc. = 10 unités sont injectées en 10 secondes.

Posologie. — Au début et pendant longtemps la dose de 10 cc. c'est-à-dire de 10 unités a été employée. A la suite des deux incidents que nous avons relatés, cette dose a été ramenée à 5 cc. En général, l'action de la Rétropituine se manifeste nettement à 5 cc. et cette dose peut être suffisante. Il nous est même arrivé d'obtenir avec 4 cc. un effet particulièrement satisfaisant (Observ. N° 99).

Néanmoins, et surtout pour obtenir l'effet hémostatique, on peut l'augmenter légèrement mais actuel-

lement nous estimons que cette dose de 5 à 6 cc. est suffisante et qu'il n'est pas nécessaire habituellement de la dépasser. Ceci permettrait d'utiliser les ampoules de Rétropituine 5 récemment mises en service par la Maison Carrion.

Comment savoir quand il faut arrêter l'injection ?

L'anesthésiste surveille la malade et s'il voit la coloration du visage pâlir il avertit.

Le chirurgien surveille l'aspect du col et s'il devenait blanc ferait arrêter l'injection et surtout avec l'hystéromètre il apprécie l'état du fond. *Dès que celui-ci est devenu ferme on peut stopper l'injection. Les efforts de vomissement* sont aussi un avertissement d'avoir à s'arrêter, indiquant que la dose est suffisante.

Nous avons vu que si l'on veut faire un curage digital il est préférable de réserver la Rétropituine pour la révision à la curette. Mais même le curage digital peut se faire habituellement après injection de Rétropituine comme en témoignent de nombreuses observations.

* * *

En résumé, la méthode employée à l'hôpital civil de Rochefort-sur-Mer (service de chirurgie) nous paraît recommandable par la sécurité qu'elle apporte au curetage, par la possibilité qu'elle donne de procéder à une intervention qui peut être à la fois minutieuse,

complète et rapide sans être traumatisante ou hémorragique, par la diminution du risque d'infection qu'elle semble donner, par les propriétés remarquablement hémostatiques qu'elle présente.

Nous ne disons pas évidemment qu'elle doit être applicable à tous les curetages. S'il en était ainsi, la production d'extrait de lobe postérieur d'hypophyse deviendrait insuffisante. Il faut savoir choisir judicieusement les cas. Nous ne pensons pas non plus que cette méthode permet à n'importe qui de faire un curetage n'importe où et n'importe comment.

La méthode n'autorise ni l'inexpérience ni la brutalité.

Mais utilisée dans les services chirurgicaux, nous sommes persuadé qu'elle apporte au chirurgien consciencieux une arme dont il ne pourra qu'apprécier l'intérêt en en faisant usage.

OBSERVATIONS

Observation n° 1. — Mme T. Marcelle, Lussant.

Opérée le 18 décembre 1933.

Avortement provoqué. Grossesse de 3 mois.

Vomissements incoercibles.

Acétone. Mauvais état général.

Pouls rapide : 120

Fièvre.

Laminaires 48 h.

Rétropituine 10 pour arrêter l'hémorragie après la délivrance.

Observation n° 2. — Mme B. Marguerite.

Opérée le 19 décembre 1933.

Curetage pour Rétention placentaire complète après expulsion du fœtus dans le service quelques heures auparavant.

Col très serré.

Hémorragie par inertie utérine. Immédiatement arrêtée par injection de Rétropituine intra-veineuse.

Observation n° 3. — Mme L. Odette, 45 ans, Cadeuil.

Opérée le 15 janvier 1934.

Exploration digitale et curetage après expulsion dans la nuit. Fausse-couche de 3 mois 1/2.

Cavité : 12.

Col ouvert.

Quelques débris placentaires.

Rétropituine 10. Ne produit pas un resserrement utérin bien net.

Fond utérin mou.

Observation n° 4. — Avril 1934.

Utilisation de la Rétropituine 10 pour placenta praevia (7 mois) après hémorragie abondante.

Césarienne.

Observation n° 5. — Mme P. Gabrielle, 26 ans, Rochefort.

Entrée le 16 mai 1934.

Opérée le 18 mai 1934.

Curetage pour rétention placentaire et métrorragie. Hémorragie importante à la première tentative de dilatation.

Rétropituine 10.

Hémorragie s'arrête aussitôt.

Débris placentaires.

Observation n° 6. — Mme B. Yvette, 23 ans.

Opérée le 17 mai 1934.

Curage et curetage d'urgence pour rétention placentaire totale avec hémorragie et infection après expulsion du fœtus dans le service.

Rétropituine 10.

Observation n° 7. — Mme F. Suzanne, 25 ans.

Opérée le 11 juin 1934.

Curetage pour rétention placentaire à peu près complète.

Fausse-couche (trois mois).

Hémorragie et fièvre.

Col ouvert à 14.

Dilatation : 17.

Cavité : 13.

Utérus mou.

Saigne abondamment dès l'introduction de la curette.

Rétropituine 10. Bon effet.

Observation n° 8. — Mme C. Claire, Fouras.

Opérée le 30 juin 1934.

Curetage pour rétention placentaire.

Placenta très adhérent. Infection.

Col ouvert.

Cavité : 11.

Rétropituine 10. Bon effet.

Observation n° 9. — Mme M. Odette, 26 ans.
Bourcefranc.

Opérée le 2 juillet 1934.

Curetage pour rétention placentaire.

Hémorragie.

Infection. Utérus mou saignant.

Cavité : 11.

Rétropituine 10. Bon effet.

Observation n° 10. — Mme T.

Opérée le 6 juillet 1934.

Curetage pour rétention placentaire et hémorragie.

Injection. Rétropituine 10 avant le début du curetage.

Observation n° 11. — Mlle G. Suzanne, Amand.

Entrée le 20 juillet 1934.

Opérée le 20 juillet 1934.

Curetage pour rétention placentaire avec fièvre et hémorragie.

Adhérence très marquée du placenta.

Rétropituine 10.

Observation n° 12. — Mme P. Adélaïde, 23 ans,
Galereau.

Entré le 15 août 1934.

Opérée le 15 août 1934.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie et infection.

Cavité : 9.

Col ouvert : Index.

Rétropituine 10.

Observation n° 13. — Mme L., 20 ans, Rochefort.

Entrée le 17 septembre 1934.

Opérée le 17 septembre 1934.

Curetage pour hémorragie (avortement de 2 mois 1/2).
Extraction du fœtus et du placenta. Révision à la curette après injection de Rétropituine 10.

Observation n° 14. — Mme F. Simonne, 33 ans, Bords.

Entrée le 14 septembre 1934.

Opérée le 20 septembre 1934.

Grossesse de 3 mois. Hémorragies répétées incoercibles.

Le 18, mise en place de 4 laminaires.

Le 20, extraction manuelle du fœtus.

Extraction de la tête à la pince de Museux.

Curage digital.

Injection intra-veineuse de Rétropituine 10.

Observation n° 15. — Mme G. Marie, Rochefort.

Opérée le 18 octobre 1934.

Curetage pour métrorragie.

Cavité : 10.

Ouverture : 8.

Dilatation : 15.

Muqueuse tomateuse, vascularisée, saignante, sang noir, caillots.

Rétropituine 10.

Observation n° 16. — Mme R. Jeanne, Nielle sur Seudre.

Opérée le 4 novembre 1934.

Curetage d'urgence pour hémorragie post. abortum.

Utérus Cavité : 11 mou.

Ouverture : 15.

Rétropituine 10.

Curetage, — débris muqueux et débris placentaires

Observation n° 17. — Mme B. Yvonne, 32 ans, Beaugé (Charente-Inférieure).

Opérée le 15 novembre 1934.

Curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire complète avec hémorragie grave.

Rétropituine 10.

Observation n° 18. — Mme T. Thérèse, 31 ans, Rochefort.

Entrée le 10 novembre 1934.

Opérée le 17 novembre 1934

Curetage pour métrorragie

Cavité : 8.

Ouverture : 5.

Dilatation : 11.

Débris placentaires.

Rétropituine 10.

Observation n° 19. — Mme C. Jeanne, 21 ans, Rochefort.

Entrée le 19 novembre 1934.

Opérée le 19 novembre 1934.

Curetage d'urgence pour hémorragie par rétention de débris placentaires.

Rétropituine 10.

Observation n° 20. — Mme G. Blanche, Marennes.

Entrée le 23 décembre 1934.

Opérée le 23 décembre 1934.

Curetage d'urgence pour hémorragie parue au huitième jour d'un accouchement avec pertes purulentes. Fièvre.

Rétropituine 10.

Curetage prudent, quelques vagues débris placentaires. Muqueuse épaisse.

Tamponnement intra-utérin avec mèche imbibée de bouillon vaccin.

Ergotine.

Le lendemain détamponnement et instillation interne de bouillon vaccin.

Sérum antistreptococcique.

Observation n° 21. — Mme B. Odette, 29 ans, La Chasse, commune de Saint-Just.

Opérée le 20 janvier 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire et hémorragie après expulsion de fœtus de 12 cm. macéré.

L'utérus est volumineux et dur. La curette et l'hystéromètre s'enfoncent à perte de vue.

Rétropituine 10.

Le curetage devient facile, le placenta est accessible.

Observation n° 22. — Mme M. Raymonde, Cabariot.

Opérée le 26 janvier 1935.

Curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire totale avec grosse hémorragie. Etat d'anémie.

Pouls imperceptible.

Rétropituine 10 au début.

Observation n° 23. — Mme M. Andréa, Rochefort.

Entrée le 30 janvier 1935.

Opérée le 30 janvier 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec grosse hémorragie et fièvre.

Rétropituine 10 ante.

Observation n° 24. — Mme L. Marie, 27 ans, Rochefort.

Entrée le 30 janvier 1935.

Opérée le 30 janvier 1935.

Curetage d'urgence.

Expulsion incomplète du fœtus.

Extraction du fœtus, du placenta.

Curetage complémentaire avec Rétropituine 10.

Salpingite droite consécutive.

Observation n° 25. — Mme F. Suzanne, 20 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 14 février 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie et fièvre 39°5.

Rétropituine 10.

Fausse-couche de 3 mois.

Observation n° 26. — Mme H. Julie, Pont-L'Abbé.

Entrée et opérée le 28 février 1935.

Curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire et hémorragie avec état d'anémie aiguë très grave.

Rétropituine 10 ante.

Observation n° 27. — Mme M. Adeline, 22 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 9 mars 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire totale.

A l'arrivée, température 40°.

Expulsion spontanée du fœtus le 9 mars.

Hémorragie.

Extraction du placenta au doigt et à la curette

après injection Rétropituine 10, qui fait passer la cavité de 14 à 9 centimètres.

Observation n° 28. — Mme R. Loétitia.

Entrée le 7 mars 1935.

Opérée le 9 mars 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire après expulsion du fœtus dans le service.

Hémorragie profonde dès qu'on essaie le curetage.

Rétropituine 10 à 2 reprises, permet de procéder à l'ablation du placenta.

Observation n° 29. — Mme L. Thérèse, 28 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 6 avril 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie et infection.

Col ouvert à : 13.

Cavité : 9.

Dilatation : 16.

Débris placentaires très adhérents à odeur infecte.

Effet de la Rétropituine peu satisfaisant (saignement, manque de fermeté, vomissements).

Observation n° 30. — Mme T. Francine, Rochefort.

Entrée et opérée le 27 avril 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire avec hémorragie après expulsion du fœtus (3 mois 15 cm).

Malade en observation à la clinique depuis quelques jours pour douleurs, pertes, infection.

Rétropituine 10 (10 cc. + 5 cc.). Action médiocre.

Observation n° 31. — Mme P. Madeleine, 37 ans, Rochefort.

Opérée le 7 mai 1935.

Curetage explorateur pour métrorragies.

Cavité : 9.

Dilatation : 8.

Saignement en jet dès l'introduction d'une bougie.

Le curetage ramène des débris paraissant être des débris placentaires organisés.

Rétropituine 10.

Observation n° 32. — Mme S. Elise, Fouras.

Opérée le 11 mai 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire avec hémorragie et fièvre 40°.

Col dilaté.

Rétropituine 10.

Observation n° 33. — Mme G. Françoise, 32 ans.

Entrée et opérée le 22 mai 1935.

Curetage pour rétention placentaire et hémorragie.

Curage digital.

Révision à la curette *après* Rétropituine 10.

Observation n° 34. — Mme T^{re} K. Jeanine, 34 ans, Tonnay-Charente.

Entrée et opérée le 1^{er} juin 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire totale (fausse-couche de 3 mois) avec fièvre (38°2).

Hémorragie.

Rétropituine 10.

Observation n° 35. — Mme P. Madeleine, 26 ans.

Entrée le 13 juin 1935.

Opérée le 14 juin 1935.

Curetage pour rétention placentaire.

Cavité : 10.

Ouverture : 11.

Dilatation : 15.

Rétropituine 10.

Observation n° 36. — Mme R. Adrienne, 34 ans, Fouras.

Entrée le 17 juin 1935.

Opérée le 18 juin 1935.

Métrorragies abondantes avec caillots post partum (3 semaines).

Cavité : 10.

Col ouvert : 11.

Col dilaté : 20.

Le curetage ne ramène aucun débris placentaires mais de larges lambeaux de muqueuse lardacés épaissie.

Rétropituine 10.

Observation n° 37. — Mme M. Denise, 37 ans. Marennes.

Entrée et opérée le 21 juin 1935.

Curetage pour métrorragies après fausse-couche et infection.

Cavité : 10 1/2.

Dilatation commençant à faire saigner, le fond étant mou, l'utérus plein de caillots.

Rétropituine 10.

Fond immédiatement raffermi.

Curetage facile, quelques débris placentaires.

Cavité après Rétropituine 9 1/2.

Observation n° 38. — Mme P. Irène, 32 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 18 juillet 1935.

Curetage pour rétention placentaire partielle ancienne.

Cavité : 9.

Rétropituine 10.

Observation n° 39. — Mme R. Adrienne, 38 ans, Saint-Laurent de la Prée.

Entrée et opérée le 22 juillet 1935.

Curetage pour métrorragies.

Dit avoir eu ses règles les 15 juin et 14 juillet.

Depuis pertes abondantes.

Expulse à l'arrivée une masse charnue avec au centre paroi lisse et liquide en très petite quantité (Oeuf clair ou débris placentaires) ?

Cavité : 8 1/2.

Col ouvert à 12.

Curetage. Muqueuse très épaissie, lardacée, se détachant par grands lambeaux.

Rétropituine 10.

Observation n° 40. — Mme M. Louise, 39 ans, Rochefort.

Opérée le 14 août 1935.

Curetage pour avortement provoqué (vomissements incoercibles — mauvais état (Dr. Martz, D. Vialard).

Dilatation aux laminaires.

Cavité : 11.

Ouverture à : 8.

Dilatation à : 21.

Rétropituine 10. Le fond durcit. La cavité reste à 11 et après le curetage on peut encore passer une bougie de 20.

Grossesse de 2/3 mois.

Observation n° 41. — Mme M. Renée, 25 ans, Rochefort.

Entrée le 20 août 1935.

Opérée le 22 août 1935.

Curetage pour métrorragies.

Cavité : 7.

Ouverture : 15.

Dilatation : 18.

Débris placentaires assez abondants dont petit œuf.

Rétropituine 10.

Observation n° 42. — Mme C. Léone, 30 ans, Saint-Nazaire s/ Charente.

Entrée le 26 août 1935.

Curetage digital et curetage pour rétention placentaire totale pour fausse-couche de 4 mois.

Expulsion du fœtus dans la matinée avant l'entrée dans le service.

Rétropituine 10.

Observation n° 43. — Mme D. Lucienne, 20 ans, Ile d'Aix.

Entrée le 8 septembre 1935.

Opérée le 17 septembre 1935.

Curetage. Hémorragie par rétention placentaire.

Curetage instrumental après injection intra-veineuse de Rétropituine 10 qui donne le raffermissement habituel du muscle utérin.

Observation n° 44. — Mme A. Amanda, 28 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 19 octobre 1935.

Métrorragies, sang noir, avec caillots persistants après retard de règles de 2 mois.

Curetage d'urgence.

Cavité : 12.

Ouverture : 11.

Dilatation : 14.

Dès l'introduction de la curette saignement en jet. Injection de Rétropituine 10 permet le curetage. On ramène des débris moulus, effilochés, avec des petites vésicules têtes d'épingles. La paroi au-dessous est molle. Néanmoins avec une seconde injection de Rétropituine on arrive à faire un curetage prudent mais en apparence complet.

Oeuf altéré ??

Chorio épithéliome ??

Observation n° 45. — Mme F. Rosa, 30 ans, Saint-Porchaire.

Entrée et opérée le 4 novembre 1935.

Curetage pour rétention placentaire partielle avec fièvre (39°) et hémorragie.

Cavité : 10.

Dilatation : 15.

Rétropituine 10.

Observation n° 46. — Mme M. Gisèle, 29 ans.

Entrée et opérée le 30 novembre 1935.

Curetage d'urgence par suite de fausse-couche.

Hémorragie et fièvre.

Cavité utérine : 10.

Rétropituine 10 au début.

Débris muqueux.

Observation n° 47. — Mme M. Andrée, 33 ans, Le Vergeroux.

Entrée et opérée le 11 décembre 1935.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire presque totale (fausse-couche de 2 à 3 mois datant de 8 jours avec hémorragie et infection).

Rétropituine 10.

Observation n° 48. — Mme P. Madeleine, 39 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 12 janvier 1936.

Curetage pour rétention placentaire. Placenta partiellement détaché. Extraction à la pince. Révision à la curette, qui amène quelques débris de caduque, précédée d'une injection intra-veineuse de Rétropituine 10.

Observation n° 49. — Mme P. Hélène, 25 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 13 janvier 1936.

Curetage pour rétention placentaire totale (Fausse-couche de 3 mois) avec fièvre, hémorragie.

Cavité : 14.

Dilatation : 14.

Rétropituine 10 préalable, intra-veineuse.

Effet nul sur le saignement. Celui-ci devenant important après l'extraction dans la plus grande partie du curetage.

Rétropituine 10 dans le col (4 unités).

Effet satisfaisant permettant de finir le curetage. Cependant léger saignement.

Observation n° 50. — Mme C. Valérie, 32 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 13 janvier 1936.

Entrée en travail d'avortement (début). Poche des eaux rompue. Cordon procident à la vulve. Infection (fièvre, mauvaise odeur). Col légèrement dilaté admettant un doigt.

Le 13 au matin, même état. Mise en place de trois laminaires.

Expulsion du fœtus le soir à 22 heures.

Hémorragie. Curetage. Injection préalable de Rétropituine 10 intraveineuse. On trouve le placenta dans le col. Extraction à la pince de Bonnaire, révision à la curette.

La Rétropituine donne une rétraction très marquée
Fœtus de trois mois.

Sortie le 24 janvier.

Observation n° 51. — Mme B. Marguerite, 28 ans, Saint Germain de Marencennes.

Entrée et opérée le 16 janvier 1936.

Curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie. Placenta très adhérent.

Rétropituine 10 avant le curetage.

Cavité : 10.

Ouverture très large permettant le curage digital.

Sortie le 25 janvier.

Observation n° 52. — Mme A. Marthe, Thairé.

Entrée et opérée le 16 janvier 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire totale avec hémorragie.

Rétropituine 10 ante.

Observation n° 53. — Mme S. Simonne, 24 ans, Marennes.

Entrée et opérée le 20 janvier 1936.

Curage et curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire totale avec hémorragie.

Femme enceinte de trois mois. Pertes sales col entr'ouvert. Expulsion spontanée du fœtus dans le service à 19 heures.

A 20 heures, hémorragie grave. Opération immédiate.

Rétropituine 10 ante.

Observation n° 54. — Mme C. Amélie, 37 ans, Saint-Germain de Marencennes.

Entrée et opérée le 7 février 1936.

Curetage explorateur pour métrorragie.

Cavité : 10.

Ouverture à 6. Dilatation à 10.

Pas de débris placentaires.

Pas de débris de tumeurs.

Muqueuse un peu hyperplasiée.

Rétropituine 10 ante.

Observation n° 55. — Mme V. Yvonne, 28 ans, Breuil Magné.

Entrée et opérée le 8 février 1936.

Curetage d'urgence. Fausse-couche avec hémorragie. L'œuf complet apparaît au col mais on ne peut le libérer. Ouvertures des membranes.

Expulsion du fœtus 2 mois, 3 mois. Cavité profonde. Le doigt ne peut dépasser l'isthme.

Rétropituine 10 ante.

Donne un fond de sécurité à 11 cm. sans modifier la dilatation et permet le curetage sans hémorragie.

Observation n° 56. — Mme M. Georgette, 33 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 10 février 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie et fièvre 38°5. Cavité fond difficilement appréciable.

Rétropituine 10. Fond de sécurité à 13. Ouverture non changée.

Curetage. Placenta presque en totalité.

Injection intra-utérine et antivirus.

Observation n° 57. — Mme B. Marguerite, 26 ans, Rochefort.

Entrée le 23 février 1936.

Opérée le 24 février 1936.

Curetage pour rétention placentaire avec infection, col béant, permettant l'introduction facile du doigt.

Avant anesthésie, injection intrafessière de 5 unités de Rétropituine.

Au moment du curetage on trouve un orifice interne contracté mais très facilement dilatable. A l'exploration digitale on trouve des débris que l'on extrait à la curette. Ecoulement de sang assez important.

D'ailleurs, l'utérus ne présente pas la fermeté constatée à maintes reprises après injection intra-veineuse de Rétropituine 10.

Observation n° 58. — Mme F. Nancy, 36 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 26 février 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire totale (fausse-couche de trois mois) avec hémorragie.

Rétropituine 10 (6 cc.).

Bon fond.

Moins bon pour hémorragie.

Observation n° 59. — Mme B. Elisa, 21 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 27 février 1936.

Curetage d'urgence pour métrorragie avec gros caillots après fausse-couche. Pas de rétention placentaire.

Muqueuse hyperplanée.

Rétropituine 10 (5 cc.).

Observation n° 60. — Mme F. Marie, 33 ans, Le Château d'Oléron.

Entrée le 1^{er} mars 1936.

Opérée le 7 mars 1936.

Métrorragie après fausse-couche.

Infection. Fièvre.

Curetage après Rétropituine 10.

Cavité : 11.

Ouverture : 18.

Débris placentaires très adhérents, organisés, épaissis.

Curetage laborieux.

Observation n° 61. — Mme T. Andrée, 21 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 9 mars 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie et fièvre.

Rétropituine 10 ante.

Observation n° 62. — Mme R. Berthe, 28 ans, Rochefort.

Entrée le 9 mars 1936.

Opérée le 10 mars 1936.

Curetage pour métrorragies persistantes et abondantes.

Cavité : 9.

Dilatation : 19.

Ouverture : 9.

Utérus mou, saignant.

Rétropituine 10.

Le curetage ne ramène aucun débris placentaires
Débris muqueux hyperplasies et très saignants. Pas
d'inégalité dans la paroi. A suivre.

Observation n° 65. — Mme G. Camille, 30 ans.

Entrée et opérée le 24 mars 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire
partielle avec hémorragie. Rétropituine 10.

Observation n° 66. — Mme R. Suzanne, 24 ans
Saint-Nazaire s/ Charente.

Entrée le 22 avril 1936.

Opérée le 23 avril 1936.

Curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire avec hémorragie. Malade entrée la veille dans le service. Infection, fièvre 39°, col fermé. Pas de pertes. Expulsion spontanée du fœtus le 23 avril vers 10 h. pendant qu'on opérait. Hémorragie. Curetage aussitôt après l'opération. La Rétropituine intra-veineuse ne peut être faite malgré plusieurs essais du Docteur Bonduel. Rétropituine 10 dans le col. Effet médiocre sur l'hémorragie. Curage et curetage. Après l'hémorragie continue un peu. Tamponnement à 3 mèches. Ergotine.

Observation n° 67. — Mme S. Marcelle, 26 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 23 avril 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire et hémorragie abondante.

Expulsion du fœtus vers 19 h. 30. Curetage aussitôt après.

Injection préalable de Rétropituine 10 avant anesthésie, (4 unités intra-musculaire). Bonne rétraction utérine.

Extraction digitale du placenta, révision à la curette.

Observation n° 68. — Mme D. Anne, 28 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 25 avril 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire avec hémorragie.

Rétropituine 10 (8 cc.).

Observation n° 69. — Mme P. Olga, 26 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 16 mai 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire, (fausse-couche de 3 mois) partielle avec infection (39°, pouls rapide et hémorragie).

Cavité à fond perdu : 16.

Rétropituine 10 (5 cc.). Le fond durcit et revient à 13.

Curage, pince et curetage, mais petite alerte.

Observation n° 70. — Mme M. Elisie, 38 ans, Lussant.

Entrée et opérée le 30 mai 1936.

Curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire partielle avec état hémorragique très grave.

Rétropituine 10 (5 cc.).

Observation n° 71. — Mme R. Simonne, 33 ans, Fouras.

Opérée le 30 mai 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire avec fièvre et hémorragie.

Rétropituine 10 (5 cc.).

Observation n° 72. — Mme B., 29 ans, Rochefort.
Entrée le 6 juin 1936.

Opérée le 8 juin 1936.

Rétention placentaire. Grossesse de 3 mois environ.

Curage digital. Révision à la curette.

Rétropituine 10 intra-veineuse (5 cc.).

Observation n° 73. — Mme S. Marie, 38 ans, Hiers-Brouage.

Entrée le 23 juillet 1936.

Opérée le 29 juillet 1936.

Curetage pour métrorragies persistantes avec caillots depuis le 3 juillet, sans retard de règles appréciable.

Infection. Température 39° à l'arrivée.

Curetage fait après refroidissement.

Cavité : 10.

Ouverture : 12.

Dilatation : 14.

L'introduction des bougies et curette fait saigner à flot. Rétropituine 10 (6 cc.) Durcissement et arrêt des hémorragies ; la curette ramène quelques débris placentaires (?) et surtout muqueuse grisâtre, hyperplasiée, molle avec sang, à la paroi profonde.

Observation n° 74. — Mme G. Amanda, 29 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 31 août 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire

avec hémorragie et infection ; odeur ; température 38°

Cavité : 12.

Ouverture : 21.

Rétropituine 10. Ne modifie ni la cavité ni l'ouverture.

Observation n° 75. — Mme T. Reine, Tonnay-Charente.

Entrée le 31 août 1936.

Opérée le 2 septembre 1936.

Curetage d'extrême urgence pour rétention placentaire avec hémorragie.

Cavité : 10.

Ouverture : 16.

Rétropituine 10.

Observation n° 76. — Mme V. Paulette, 28 ans.

Entrée et opérée le 23 septembre 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire.

Extraction du placenta à la pince de Bonnaire.

Hémorragie rapidement arrêtée par Rétropituine 10 (5 cc.).

Révision à la curette. Anesthésie au Schleich.

Observation n° 77. — Mme M. Madeleine, 20 ans, Rochefort.

Entrée le 15 octobre 1936.

Opérée le 16 octobre 1936.

Curetage pour rétention placentaire.

Rétropituine 10.

Observation n° 78. — Mme T. Georgette, 26 ans, Rochefort.

Entrée le 18 octobre 1936.

Opérée le 26 octobre 1936.

Curetage pour rétention placentaire partielle avec hémorragie.

Cavité : 10.

Ouverture : 13.

Dilatation : 15.

Rétropituine 10 (4 cc.) (fond utérin ferme mais léger saignement).

Observation n° 79. — Mme S. Madeleine, 32 ans, Saint-Just.

Entrée et opérée le 10 novembre 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie grave.

Rétropituine ant. 8 cc.

Après Rétropituine 10 arrêt de saignement.

Cavité : 12.

Ouverture : 20.

Un morceau de placenta.

Observation n° 80. — Mme B. Mathilde, 33 ans, Saint-Just.

Entrée le 26 novembre 1936.

Opérée le 27 novembre 1936.

Curetage pour rétention placentaire avec hémorragie et infection. Température 38°5. Odeur infecte.

Ouverture : 20.

Cavité : 13.

Fond un peu moi, saignant.

Rétropituine 10 (6 cc.).

Bon raffermissement. Pas d'autres modifications.

Le col reste violacé (vomissements, gaz).

Curetage. Placenta (3 mois ?) vient en débris infectés.

Observation n° 81. — Mme B. Simonne, 35 ans, Marennes.

Entrée et opérée le 9 décembre 1936.

Curage et curetage d'urgence pour rétention pla-

centaire totale (4 mois 1/2), grossesse gemellaire avec infection et hémorragie. Col largement ouvert.

Cavité : 18.

Rétropituine 10 ante.

Effet moyen mais pas saignement.

Après expulsion placenta, cavité : 12.

Observation n° 82. — Mme M. Raymonde, 33 ans, Le Grand-Vergeroux.

Entrée et opérée le 9 décembre 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire avec infection et hémorragie importante (Utérus remontant jusqu'au nombril, plein de caillots).

Rétropituine 10 ante.

Observation n° 83. — Mme G. Yvonne, 23 ans, Brouage.

Entrée et opérée le 13 décembre 1936.

Curage digital et curetage d'urgence. Entrée avec œuf complet. Col long et ferme. Infection.

Expulsion du fœtus le 13 à 13 h. 30.

Hémorragie. Curage à 14 h.

Rétropituine ante 10.

Effet bon comme hémorragie. Nul comme expulsion placentaire. Fond se raffermir un peu, mais reste mollassé, nouvelle injection de Rétropituine 10 (5 cc.).

Pâleur et pouls petit (Hémorragie ou Rétropituine (?). Ouabaïne. Ephédrine. Va bien ensuite.

On croit le curetage complet.

Observation n° 84. — Mme T. Germaine, 25 ans, Bourcefranc.

Entrée et opérée le 24 décembre 1936.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire après fausse-couche de 2 mois 1/2 et hémorragie importante.

Ouverture : 14.

Cavité : 11.

Rétropituine 10 (5 cc.).

Aussitôt durcissement très net avec expulsion de sang. Mêmes dimensions *vérifiées*. Curetage exsangue.

Observation n° 85. — Mme S. Louisa, 34 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 22 janvier 1937.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire à peu près complet (fausse-couche datant de 1 mois ? métrorragies).

Placenta induré et adhérent.

Cavité : 11.

Ouverture : 11.

Dès l'introduction des bougies, l'utérus saigne abondamment en jet.

Rétropituine 10 (6 cc.).

N'empêche pas la dilatation à 14 qui se maintient.

Cavité réduite à 8. Fond très ferme.

Observation n° 86. — Mme V. Hélène, 24 ans, Rochefort.

Entrée le 21 janvier 1937.

Opérée le 25 janvier 1937.

Curetage pour rétention placentaire, 4/5 mois.

Fœtus macéré expulsé la veille dans le service après issue partielle durant plusieurs jours.

Cavité : 10.

Ouverture admettant l'index.

Rétropituine 10.

Pas de changement de décoloration du col qui reste violacé.

Ecoulement de sang assez abondant en jet, à la fin de la Rétropituine puis *arrêt* (l'utérus avait saigné

abondamment au premier essai de décollement avant la Rétropituine).

Raffermissment du fond. Cavité : 12 à la fin.
Pas de modifications de l'ouverture.

Placenta très adhérent enlevé par morceaux.

Observation n° 87. — Mme L.C. Eugénie, 45 ans,
Bourcefranc.

Opérée le 27 janvier 1937.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire.

Fausse-couche de 2 à 3 mois ?

Rétropituine 10 (6 cc.).

Curetage exsangue.

Observation n° 88. — Mme R. Juliette, 22 ans,
Rochefort.

Entrée le 26 janvier 1937.

Opérée le 29 janvier 1937.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire
avec hémorragie.

Expulsion du fœtus à 5 heures. Grossesse de 3 mois.

Rétropituine 10 (6 cc.).

Observation n° 89. — Mme M. Simonne, 24 ans,
Rochefort.

Entrée et opérée le 1^{er} février 1937.

Curetage pour rétention placentaire. Avortement
de 4 mois.

Rétropituine 10 (5 cc.). Très forte contraction
de l'utérus et particulièrement de l'anneau de Bandl
qui gêne l'introduction du doigt pour le curetage.

Curetage ramenant des débris placentaires.

Observation n° 90. — Mme G. Madeleine, 22 ans,
Rochefort.

Entrée le 31 janvier 1937.

Opérée le 5 février 1937.

Curetage pour rétention placentaire partielle (fausse-couche de 3 mois ?), avec infection grave.

Entrée le 31 janvier avec fièvre 40°.

Mal de tête très violent.

Douleurs abdominales.

Ventre souple.

Pertes sales.

Col fermé.

Dilatation au laminaire 3 février, le 4 voyant que l'expulsion ne se fait pas spontanément, ce qui s'explique, rétention partielle, et traitement préalable de la septicémie.

Fond à 11 cm. mou.

Utérus saignant beaucoup.

Ouverture : 19.

Dilatation : 20.

Rétropituine 10 (6 cc.) ante. Fond se raffermi très nettement. S'abaisse à 10, ouverture persistante à 20.

Curetage exsangue.

Observation n° 91. — M^{me} B. Geneviève, 23 ans, Rochefort.

Opérée le 5 février 1937.

Curetage d'extrême urgence pour hémorragie par rétention de débris placentaires.

Fausse-couche de 2 à 3 mois.

Cavité : 9.

Ouverture : 13,

Dilatation : 15,

Rétropituine 10 ante (6 cc.).

Pas de modification.

Observation n° 92. — M^{me} G. Madeleine, 24 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 6 février 1937.

Curetage pour rétention placentaire avec infection grave. Malade arrivée avec 40°.

Douleur de tête. Pouls rapide.

Expectative.

Rubiazol. Septicémine.

Le curetage est fait lorsque les phénomènes infectieux sont amendés.

Cavité : 13.

Ouverture : 19.

Rétropituine ante 5 cc.

Bon raffermissement du fond.

Curetage exsangue.

Observation n° 93. — M^{me} J. Fernande, 31 ans, Rochefort.

Opérée le 16 février 1937 à 4 heures.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire avec hémorragie.

Cavité : 12.

Ouverture : 18.

Rétropituine 10 ante (6 cc.).

Observation n° 94. — M^{me} D. Germaine, 23 ans, Rochefort.

Entrée le 21 février 1937.

Opérée le 25 février 1937.

Curetage d'extrême urgence pour hémorragie.

Rétropituine 10 ante

Cavité : 11

Débris placentaires.

Entrée avec 40°. Rubiazol.

Observation n° 95. — M^{me} B. Marie, 21 ans, Marennnes.

Entrée le 26 février 1937.

Opérée le 28 février 1937.

Curetage d'urgence pour hémorragie par expulsion placentaire (femme infectée).

Rétropituine 10 ante.

Cavité 12 ramenée à 9.

Ouverture : 22.

Débris placentaires.

Fausse-couche de trois mois.

Observation n° 96. — M^{me} B. Mathilde, 41 ans, Fouras.

Opérée le 9 mars 1937.

Curetage pour métrorragie.

Cavité : 12.

Ouverture : 5.

Dilatation : 12.

Saignement abondant.

Rétropituine 10 (7 cc.).

Curetage. Nombreux débris adhérents avec villosités.

Aspect chevelu dans le liquide. Vraisemblablement débris choriaux.

Observation n° 97. — M^{me} B. Antoine, 29 ans, Rochefort.

Entrée et opérée le 4 mai 1937.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire presque totale avec hémorragie grave.

Col ouvert : 22.

Cavité : 12.

Rétropituine 10 ante (6 cc.).

Observation n° 98. — M^{me} C., 28 ans.

Entrée et opérée le 11 mai 1937.

Curetage pour métrorragies persistantes peu abondantes.

Arrêt des règles en novembre. En février 1937,

pertes pendant 19 jours, puis rien, puis hémorragie le 29 avril.

Cavité : 10.

Ouverture : 11.

On ramène des débris très adhérents après avoir perforé une poche contenant beaucoup de liquide séro-sanguinolent noir.

Les débris semblent être constitués par un vieux placenta adhérent et des débris d'embryon.

Il semble donc s'agir d'œuf mort il y a longtemps et retenu en totalité. Rétropituine 10 ante à cause du saignement abondant.

Observation n° 99. — M^{me} D. Suzanne, rue de la République, Rochefort.

Opérée le 27 mai 1937.

Curetage d'urgence pour rétention placentaire partielle avec hémorragie.

Rétropituine 10 ante (4 cc.). Effet excellent.

OBSERVATIONS

n'ayant pas présenté de caractères particuliers

*Curetage pour rétention placentaire partielle ou totale
avec hémorragie.*

*Interventions normales avec injection intraveineuse,
de Rétropituite 10 avant. Effets produits conformes
à ceux décrits.*

Observation n° 100. — M^{me} B. Etienne, 27 ans,
rue Toufaire, Rochefort.

Opérée le 9 janvier 1934.

Observation n° 101. — M^{me} B. Marguerite, 24 ans,
Rochefort.

Opérée le 16 juin 1934.

Observation n° 102. — M^{me} A. Léonie, 26 ans,
Rochefort.

Opérée le 26 janvier 1934.

Observation n° 103. — M^{me} G. Marie, 32 ans,
Rochefort.

Opérée le 4 avril 1934.

Observation n° 104. — M^{me} G. Marguerite, 40 ans,
Rochefort.

Opérée le 8 mai 1934.

Observation n° 105. — M^{me} E. Célestine, 19 ans,
Rochefort.

Opérée le 12 mai 1934.

Observation n° 106. — M^{me} B. Noémie, 43 ans,
Rochefort.

Opérée le 13 mai 1934.

Observation n° 107. — M^{me} H. Madeleine, 25 ans, Saint-Agnant.

Opérée le 21 mai 1934.

Observation n° 108. — M^{me} L. Paulette, 27 ans, Port-des-Barques.

Opérée le 23 mai 1934.

Observation n° 109. — M^{me} D. Germaine, 34 ans, Rochefort.

Opérée le 25 mai 1934.

Observation n° 110. — M^{me} A. Esther, 39 ans, Rochefort.

Opérée le 26 mai 1934.

Observation n° 111. — M^{me} G. Yvonne, 34 ans, Rochefort.

Opérée le 4 juin 1934.

Observation n° 112. — M^{me} D. Edith, 23 ans, Rochefort.

Opérée le 4 juin 1934.

Observation n° 113. — M^{me} R. Lucie, 25 ans, Rochefort.

Opérée le 5 juin 1934.

Observation n° 114. — M^{me} L. Yvette, 17 ans, Bourcefranc.

Opérée le 8 juin 1934.

Observation n° 115. — M^{me} L. Marie-Louise, 43 ans, Rochefort.

Opérée le 11 juin 1934.

Observation n° 116. — M^{me} R. Emma, 32 ans, Rochefort.

Opérée le 26 juin 1934.

Observation n° 117. — M^{me} B., 36 ans, St-Laurent-de la Prée.

Opérée le 30 juin 1934.

Observation n° 118. — M^{me} M. Elisa, 28 ans, Rochefort.

Opérée le 5 juillet 1934.

Observation n° 119. — M^{me} A. Anne, 22 ans, Rochefort.

Opérée le 9 juillet 1934.

Observation n° 120. — M^{me} M. Léonie, 33 ans, Marennes.

Opérée le 14 juillet 1934.

Observation n° 121. — M^{me} G. Mathilde, 38 ans, Fouras.

Opérée le 24 juillet 1934.

Observation n° 122. — M^{me} R. Marcelle, 21 ans, Aytré.

Opérée le 29 juillet 1934.

Observation n° 123. — M^{me} B. Alice, 36 ans, Forges d'Aunis.

Opérée le 30 août 1934.

Observation n° 124. — M^{me} C. Joséphine, rue Duvivier, Rochefort.

Opérée le 7 septembre 1934.

Observation n° 125. — M^{me} P. Marguerite, 27 ans, Rochefort.

Opérée le 29 septembre 1934.

Observation n° 126. — M^{me} S. Madeleine, 24 ans, rue Guesdon, Rochefort.

Opérée le 4 octobre 1934.

Observation n° 127. — M^{me} A. Lydie, 28 ans, Marennnes.

Opérée le 5 octobre 1934.

Observation n° 128. — M^{me} L. Luys, 44 ans, rue Pasteur, Rochefort.

Opérée le 9 octobre 1934.

Observation n° 129. — M^{me} L. Marcelle, 20 ans, Port-des-Barques.

Opérée le 8 décembre 1934.

Observation n° 130. — M^{me} P. Marguerite, 22 ans, Rochefort.

Opérée le 20 décembre 1934.

Observation n° 131. — M^{me} R. Augustine, 35 ans, Marennnes.

Opérée le 11 janvier 1935.

Observation n° 132. — M^{me} L. Suzanne, 29 ans, Rochefort.

Opérée le 13 janvier 1935.

Observation n° 133. — M^{me} H. Louise, 31 ans, rue Toufaire, Rochefort.

Opérée le 27 janvier 1935.

Observation n° 134. — M^{me} V. Denise, 35 ans, Impasse Gambetta, Rochefort.

Opérée le 2 février 1935.

Observation n° 135. — M^{me} R. Alice, 27 ans, Fouras.

Opérée le 15 avril 1935.

Observation n° 136. — M^{me} D. Denise, 21 ans, St-Hippolyte.

Opérée le 18 avril 1935.

Observation n° 137. — M^{me} C. Louise, 35 ans,
Rochefort.

Opérée le 5 mai 1935.

Observation n° 138. — M^{me} T. Marcelle, 38 ans,
Bourcefranc.

Opérée le 24 mai 1935.

Observation n° 139. — M^{me} C. Gilette, 20 ans,
Rochefort.

Opérée le 11 juillet 1935.

Observation n° 140. — M^{me} N. Gabrielle, 39 ans,
Petit-Vergeroux.

Opérée le 20 juillet 1935.

Observation n° 141. — M^{me} S. Thérèse, 42 ans,
Le Péret, par St-Coutant.

Opérée le 30 septembre 1935.

Observation n° 142. — M^{me} B. Giselle, 18 ans,
Rochefort.

Opérée le 12 octobre 1935.

Observation n° 143. — M^{me} L. Jeanne, 24 ans,
La Casse, par Ste-Radégonde.

Opérée le 14 octobre 1935.

Observation n° 144. — M^{me} B. Augustine, 28 ans,
Fouras.

Opérée le 31 octobre 1935.

Observation n° 145. — M^{me} T. Simonne, 29 ans,
Rochefort.

Opérée le 27 novembre 1935.

Observation n° 146. — M^{me} L. Lucienne, 21 ans,
Rochefort.

Opérée le 13 janvier 1936.

Observation n° 147. — M^{me} R. Simonne, 31 ans, Rochefort.

Opérée le 4 mars 1936.

Observation n° 148. — M^{me} R. Emilie, 27 ans, Rochefort.

Opérée le 11 mars 1936.

Observation n° 149. — M^{me} B. Madeleine, 32 ans, Bourcefranc.

Opérée le 4 avril 1936.

Observation n° 150. — M^{me} S. Gillette, 24 ans, rue Emile Zola, Rochefort.

Opérée le 9 avril 1936.

Observation n° 151. — M^{me} L. Jeanne, 35 ans, Rochefort.

Opérée le 14 avril 1936.

Observation n° 152. — M^{me} B. Marguerite, 25 ans, Pont-L'Abbé.

Opérée le 20 juin 1936.

Observation n° 153. — M^{me} R. Simonne, 21 ans, Rochefort.

Opérée le 2 juillet 1936.

Observation n° 154. — M^{me} S. Adrienne, 32 ans, Bourcefranc.

Opérée le 15 juillet 1936.

Observation n° 155. — M^{me} J. Alice, 26 ans, Atlantique-Hôtel, Fouras.

Opérée le 13 août 1936.

Observation n° 156. — M^{me} B. Suzanne, 23 ans, Tonnay-Charente.

Opérée le 30 août 1936.

Observation n° 157. — M^{me} G. Renée, 27 ans,
Bourcefranc.

Opérée le 4 septembre 1936.

Observation n° 158. — M^{me} G. Lucie, 31 ans,
Aigrefeuille.

Opérée le 8 septembre 1936.

Observation n° 159. — M^{me} R. Marie, 42 ans,
Tonnay-Charente.

Opérée le 6 octobre 1936.

Observation n° 160. — M^{me} G. Suzanne, 25 ans,
Champagne.

Opérée le 23 octobre 1936.

Observation n° 161. — M^{me} T. Madeleine, 33 ans,
Rochefort.

Opérée le 4 novembre 1936.

Observation n° 162. — M^{me} C. Germaine, 34 ans,
St-Martin-du-Gua.

Opérée le 3 janvier 1937.

Observation n° 163. — M^{me} S. Andrée, 16 ans,
Rochefort.

Opérée le 6 février 1937.

Observation n° 164. — M^{me} V. Georgette, 36 ans,
Rochefort.

Opérée le 19 février 1937.

Observation n° 165. — M^{me} G. Lucienne, 26 ans,
Rochefort.

Opérée le 20 février 1937.

CONCLUSIONS

1° Nous avons exposé une méthode d'utilisation de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse dans les curetages pour avortements. Le principe de la méthode est l'injection intra-veineuse de Rétropituine avant le curetage, comme temps préalable à celui-ci.

2° Le produit utilisé a été la Rétropituine 10 Carrion, la dose employée de 5 à 10 unités internationales. 1 cc. de la solution = 1 unité.

3° L'injection intra-veineuse de Rétropituine, faite avant le curetage, ne produit aucune diminution du calibre du col, ce qui permet le curetage.

4° Elle détermine un raffermissement du fond utérin, créant ainsi un véritable « *fond de sécurité* » qui facilite le curetage et permet une opération complète, rapide et faite d'une main légère.

5° Elle arrête l'hémorragie et permet un curetage à peu près exsangue.

6° Ses effets sont pour ainsi dire constants, immédiats et de durée suffisante.

A ces effets s'ajoute fréquemment l'expulsion du placenta ou des débris placentaires.

7° La méthode paraît être sans inconvénients.

8° Les indications de l'emploi de la Rétropituine sont avant tout les utérus mous, à fond incertain

et lointain et qui saignent facilement. Cet emploi de la Rétropituine paraît le plus sûr moyen d'éviter les perforations utérines. En évitant toutes pertes sanguines elle rend un grand service chez les femmes en état aiguë.

9° La Rétropituine pourra dans certains cas que nous avons bien précisés, être employée comme hémostatique d'urgence.

10° L'emploi de la Rétropituine semble avoir un rôle favorable contre le développement de l'infection dans les suites opératoires.

11° La technique consiste en une injection intra-veineuse d'une solution diluée de Rétropituine 10 après exploration et dilatation de l'utérus (mais avant le curetage) injection poussée très lentement et sous contrôle des effets produits.

12° Sur la période de quatre années pendant lesquelles le produit a été utilisé nous n'avons eu à déplorer aucun décès par hémorragie ou par infection, alors que les statistiques les plus récentes donnent dans les avortements une mortalité de 0,68 % (Rochat) et que notre statistique des années antérieures à l'emploi de la Rétropituine donne une mortalité de 1,6 %.

Vu, le Doyen :
ROUSSY.

Vu, le Président :
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. BOHLER (E.) et REILLES (M.). — « L'injection intra-veineuse d'hypophysine au cours de la césarienne », (*Gynécologie et obstétrique*, t. XXIX, 1934, p. 241).
2. — « Suppression du tamponnement utéro-vaginal au profit de la révision combinée à l'injection intra-veineuse d'hypophysine », (*Gynécologie et obstétrique*, t. XXIX, 1934, p. 393).
3. TASSOVATZ (S.). — « De l'injection d'extrait hypophysaire dans le tissu cervical au cours du curetage pour avortement », (*Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie*, 1934, p. 667).
4. BRINDEAU et LANTUEJOUL. — « L'avortement thérapeutique par voie abdominale », (*Gynécologie et obstétrique*, t. XXXII, 1935, p. 55).
5. *Bulletins et mémoires de la Société nationale de chirurgie*, année 1934. — « Discussion sur les perforations utérines au cours de curetage », p. 536, 541, 570, 572, 636, 639, 642, 647, 648, 652, 654, 668, 669, 672, 673, 674, 678, 752, 755, 756, 802, 804, 808, 812, 822, 907, 926, 946.
6. FRYDMAN (J.). — *L'anesthésie paramétrale*, thèse 1936, Paris.

